

11245
20/44



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA DE MEXICO

Hospital de Traumatología y Ortopedia
Lomas Verdes

**NECROSIS AVASCULAR EN LA LUXACION
TRAUMATICA DE CADERA EN NIÑOS**

TESIS DE POSTGRADO

QUE PARA OBTENER EL TITULO DE
ESPECIALIZACION EN:
ORTOPEDIA Y TRAUMATOLOGIA
P R E S E N T A :
FRANCISCO GUTIERREZ LARA



NAUCALPAN, EDO. DE MEX.

1988

FALLA DE ORIGEN



Universidad Nacional
Autónoma de México



UNAM – Dirección General de Bibliotecas
Tesis Digitales
Restricciones de uso

DERECHOS RESERVADOS ©
PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL

Todo el material contenido en esta tesis esta protegido por la Ley Federal del Derecho de Autor (LFDA) de los Estados Unidos Mexicanos (México).

El uso de imágenes, fragmentos de videos, y demás material que sea objeto de protección de los derechos de autor, será exclusivamente para fines educativos e informativos y deberá citar la fuente donde la obtuvo mencionando el autor o autores. Cualquier uso distinto como el lucro, reproducción, edición o modificación, será perseguido y sancionado por el respectivo titular de los Derechos de Autor.

INDICE

- 1.- PROLOGO
- 2.- INTRODUCCION
- 3.- EMBRIOLOGIA
- 4.- ANATOMIA Y FISIOLOGIA ARTICULAR
- 5.- MATERIAL Y METODOS
- 6.- RESULTADOS
- 7.- COMPLICACIONES
- 8.- COMENTARIOS
- 9.- CONCLUSIONES
- 10.- BIBLIOGRAFIA

PROLOGO

En el marco de las afecciones traumáticas infantiles, la luxación traumática de la cadera se halla situada en un lugar especial, debido a su poca frecuencia. Razón por la cual son pocos los cirujanos Ortópedicos, que han podido adquirir amplia experiencia en esta patología.

Como regla se trata de un traumatismo que por ~~razones~~ ~~es~~ dificultades técnicas en cuanto a la reducción, aun existen discrepancias en cuanto a tratamiento y pronóstico en esta patología. Por lo que consideramos necesario efectuar el presente trabajo, para analizar las diferencias anatómicas de la irrigación de la cabeza femoral entre el adulto y el niño que es la razón de la baja frecuencia de necrosis avascular en el niño.

El objetivo de este trabajo es hacer patente la baja frecuencia de necrosis avascular de cabeza femoral en la luxación traumática de cadera en el niño, analizar las causas, enfatizar que la luxación traumática de cadera se debe tratar de manera diferente que en el adulto.

Dr Francisco Gutierrez L.

Febrero 1988

INTRODUCCION

La cadera es un elemento articular cuya patologia particularmente rica y original le confiere un papel privilegiado en la organizaci6n locomotora. Asegurando la unificaci6n del miembro inferior al tronco, es el elemento determinante en la postura erguida y de la marcha bipodal. Esta misma queda disminuida cuando un elemento coxo-femoral resulta anfiado y se vuelve imposible cuando las dos articulaciones se bloquean.

La luxaci6n traumatica de la cadera es una lesi6n poco frecuente eb el ni6o. Cuando sucede un traumatismo en la cadera es mas probable que presente fractura o lesi6n fisaria, que luxaci6n, esto debido a la laxitud de los tejidos.

El traumatismo ocasional conforme el ni6o tiene mayor edad es de mayor intensidad, y conforme se acerca a la adolescencia el tratamiento y el pronostico es igual que en el adulto. La variedad posterior es mas frecuente que la anterior, y el tipo de variedad no influye en el pronostico.

En la literatura revisada al respecto las casuisticas importantes reportadas, han tenido que recurrir a revisiones previas de la literatura reportada en diferentes instituciones para mayor validez en cuanto a frecuencia de complicaciones asi como para unificaci6n de criterios tanto en tratamiento como en pronostico.

En la actualidad existe un acuerdo comun en cuanto al tipo de tratamiento duraci6n del mismo y frecuencia de las complicaciones.

La necrosis avascular de cabeza femoral es la complicaci6n mas frecuente de la luxaci6n traumatica de cadera y algunos autores reportan hasta un 10%.

Las características propias de la irrigación de la cadera en el niño hace que la necrosis avascular sea menos frecuente como complicación de la luxación traumática, que en el adulto. Esta patología se considera dentro de las urgencias en Ortopedia, debido que un retraso en su tratamiento condiciona un mayor índice de necrosis avascular.

Estos pacientes deben estar controlándose periódicamente mediante estudio Rx para detectar cualquier alteración y así mismo iniciar un tratamiento adecuado y oportuno.

EMBRIOLOGIA DE LA CADERA

El desarrollo de la cadera se efectúa por medio de la osificación endocondral, la cual consta de 3 fases: 1a la fase mesenquimatosa, 2a la fase cartilaginosa 3a fase de osificación.

I.- Fase mesenquimatosa. cubre el periodo embrionario, los 2 primeros de vida, es una gran etapa de diferenciación al embrión alcanza los 3 cm de longitud, los miembros inferiores - empiezan aparecer dirigidos por una hinchazón y un espesamiento del ectodermo que es esencial. La diferenciación del tejido mesenquimatoso tiene un rápido desarrollo. Al final del periodo embrionario, la morfología de la cadera está ya prácticamente adquirida. Existen relaciones armoniosas entre la cabeza ya esférica y el acetábulo cóncavo y semicircular. Se reconoce la capsula y el ligamento redondo. La vascularización del núcleo cefálico está ampliamente esbozada. Este periodo está pues marcado por las transformaciones diarias considerables que determinan la existencia y posteriormente la morfología del miembro y de sus elementos esenciales en algunas semanas.

A las 4 semanas el embrión mide 1/2 cm de largo. La historia de la cadera se abre con la aparición de las yemas de los miembros inferiores. Su desarrollo es, inmediato, rápido, simultáneamente intenso.

A las 6 semanas el embrión mide 1cm. La diferenciación es aún más precisa. La multiplicación celular en el seno del tejido mesenquimatoso es aún más clara.

En la parte proximal de la yema del miembro inferior, el mesenquima se organiza en columna celular y, sobre este fondo de células, aparece el fémur en forma de tronco cónico y el hueso ilíaco en forma de disco. Estas dos piezas se orientan una en dirección de la otra.

La futura cabeza femoral tiene de entrada un aspecto esférico las relaciones cabeza acetábulo están adaptadas. El área de la futura cabeza se precisa cada día más. Una zona de demarcación constituida por las células agrupadas en columnas es perceptible entre el fémur y el hueso iliaco, anunciando la cavidad de la articulación que se realiza seguramente bajo la influencia de fenómenos enzimáticos.

Las células mesenquimatosas empiezan a cambiar de forma, los núcleos se redondean la sustancia fundamental aparece: tales modificaciones preparan la fase cartilaginosa.

Al 2º mes, la puesta al día morfológica de la cadera ha terminado.

2.- Fase Cartilaginosa. El período fetal cartilaginosa es una fase de maduración y crecimiento que comienza desde el segundo mes, y es en la que la maqueta cartilaginosa reemplaza al mesenquima.

A las 11 semanas el feto mide 5 cm de largo. El miembro inferior es fácilmente reconocible en su aspecto morfológico global. El núcleo cefálico del fémur tiene la talla de una cabeza de alfiler y mide 2 mm en su mayor diámetro. Distinguiremos un cuello muy corto y engrosado y un trocánter mayor.

El espacio articular empieza a dibujarse bajo la forma de una lisis celular masiva que se produce en la unión iliofemoral. La fisuración articular es primero periférica y luego central. Esta limitada por una capa celular densa que representa la sinovial futura. La cabeza femoral está cubierta de cartilago hialino y puede ser desarticulada por primera vez.

La orientación del cuello puede apreciarse: es alrededor de 10° de retroversión. La inclinación acetabular es de 40° en su plano sagital y 70° en su plano vertical.

A las 16 semanas el feto mide 10 cm. Esta completamente diferenciado y tiene configuración infantil. El miembro inferior esta en flexion-rotacion externa-abduccion, posicion de estabilidad de la cadera. La diafisis femoral esta osificada ampliamente tan solo la cabeza continua cartilaginosa; mide 4mm de diametro su volumen a doblado en 2 meses, cuadruplicado en 4 meses (gena 1mm por mes). Esta cabeza recubierta de cartilago esta envuelta de capsula y sinovial por todos lados. El trocater mayor que tiene un intenso desarrollo adquiere una morfologia que lo hace tanto mas reconocible a medida que se establece la musculatura glutea. Los musculos maduran rapidamente, la cadera es susceptible de tener en el 4o mes actividad motora. La inervacion llega a la capsula, ligamentos y elementos oscos.

A las 20 semanas el feto formado completamente parece un recién nacido y mide 16 cm de largo. La cabeza femoral tiene 7 mm de diametro. La orientacion del cuello se invierte, la anteversion aparece y puede alcanzar unas cifras extremadamente elevadas (60-70°), luego el angulo decrece progresivamente pero su medida es dificil ya que el cuello es corto.

Del 5o al 9o mes, es una fase de crecimiento intenso. El feto alcanzara los 50 cm en el 9o mes para un nacimiento normal. Este desarrollo interesa los diversos segmentos y la cadera en particular.

La cabeza femoral pasa de 7 mm de diametro en la semana 20 a 12 mm en el nacimiento.

El cuello femoral es corto y grueso, disimulado por un trocater mayor muy desarrollado. El angulo cervico-diafisario es de 150° la anteversion ha sido modificada en los ultimos meses de la vida fetal y se estabiliza en 30 a 40° en el nacimiento.

El acetabulo ha adquirido forma circular. Su profundidad esta subordinada a la presion ejercida por la cabeza femoral, presion que sigue siendo insuficiente para asegurar la coaptacion perfecta.

3.- Fase Osificacion. Durante todo este largo periodo de sustitucion y elaboracion osea, el programa de crecimiento es susceptible de ser alterado con la mas minima agresion, esta fase termina hasta la maduracion osea.

Semana 16 la tercera fase de osificacion comienza. En la parte central del ala iliaca aparece un nucleo de osificacion periferico. Despues a nivel de pubis e isquion. La diafisis femoral esta ampliamente osificada.

Semana 20. La osificacion esta muy avanzada a nivel de iliaca representa un 75% de la maqueta cartilaginosa. La diafisis femoral esta osificada hasta la region subtrocantorica. Tan solo la cabeza femoral sigue siendo cartilaginosa. Su osificacion es mucho mas tardada, perinatal y su primera imagen radiologica del nucleo oseo de la epifisis femoral se aprecia despues del 6o mes de nacimiento.

La fase de osificacion termina hasta la maduracion osea aproximadamente hasta los 16 años de edad.

ANATOMIA Y FISILOGIA ARTICULAR DE LA CADERA

Aspectos anatomicos mas relevantes de la articulaci3n de la cadera en relaci3n con la luxaci3n traumatica en el ni1o.

La cadera es una articulacion sinovial de cabeza y cavidad formada por la cabeza esferica del f3mur introducida en la cavidad acetabular o cotiloidea del coxal. Esta articulaci3n cumple una funci3n trascendental en la fisiolog1a estatica y dinamica del aparato locomotor, pero a pesar de ser la m1s estable de todas las esartrosis del cuerpo, posee una movilidad extraordinaria. Com3nmente la descripci3n de la articulaci3n coxofemoral se hace en extensi3n, pero a los efectos de valorar con exactitud los problemas funcionales y patol3gicos relacionados con nuestro tema, es necesario formarse una imagen de los principales puntos anatomicos presentes en ella.

Capsula.- La c1psula fibrosa, fuerte pero sensible, de la cadera, forma un ce1ido manguito que cubre los bordes externos de la cabeza del f3mur y la mayor parte del cuello. Por delante la c1psula llega hasta la linea intertrocant3rica, pero por detras la mitad externa del cuello es extraarticular. La capsula esta constituida por tejido fibroso denso, referido por delante por el solido ligamento de Bigelow. por debajo por la condensaci3n pub3femoral y por d3tras por el fino c1pamente isquio-femoral.

Estando la cadera en flexi3n y aducci3n, la cabeza del f3mur forzosamente salir con facilidad a travez de la c1psula posteoinferior atenuada.

La posici3n de reposo de la articulaci3n de la cadera consta aproximadamente de 10 grados flexi3n, 10 grados abducci3n, y 10 grados de rotaci3n externa. Esta posici3n ofrece la m1xima holgura capsular y una m1xima capacidad articular, con relajaci3n muscular completa.

Las fibras longitudinales de la cápsula se encuentran relajadas durante la flexión de la cadera, pero en extensión máxima de esta se hallan retorcidas y tensas, limitando a ese movimiento por la torsión que impacta a la cabeza femoral en el acetábulo, lo que origina la posición "coñida".

Vascularización De la Cabeza Femoral Durante el Crecimiento:
En la etapa de crecimiento la circulación de la epifisis capital está a cargo de los vasos epifisarios externos y de algunos metafisarios que cruzan la epifisis. En esta etapa la cantidad de sangre que aporta el ligamento redondo no es importante. Por lo tanto en la luxación traumática puede desgarrarse el ligamento redondo y lacerarse la cápsula pero la circulación de la línea epifisaria no se altera. En consecuencia, cabe anticipar dificultades circulatorias mínimas, hecho que por lo general se confirma clínicamente.

Fisiología. Aspectos fisiológicos importantes de la cadera en relación a la luxación traumática.

Ligamentos y músculos desempeñan un papel esencial en la sujeción de las superficies articulares. Hay que señalar que existe un cierto "equilibrio" entre sus actividades respectivas: en la cara anterior de la articulación, los músculos son poco numerosos, pero los ligamentos son muy potentes, mientras que en la cara posterior sucede lo contrario: hay predominio muscular notable.

También es preciso destacar que la acción de los ligamentos es diferente según la posición de la cadera: en alineación normal e extensión, los ligamentos están tensos y su eficacia como coaptadores es buena; en flexión, por el contrario, los ligamentos están distendidos y la cabeza no está aplicada al acetábulo con tanta fuerza.

Por lo tanto la posición de flexión de la cadera debida a la relajación de los ligamentos, es una posición articular inestable. Si le añadimos una aducción, basta un golpe de poca intensidad sobre el eje del fémur para provocar una luxación posterior de la cadera.

En el esqueleto, la coincidencia de las superficies articulares puede tener lugar gracias a los mismos movimientos de flexión, abducción, y rotación externa: la cabeza reingresa en el cotilo.

Esta posición de la cadera corresponde a la posición cuadrúpeda, que es, por tanto, la posición fisiológica auténtica de la cadera. La responsable de la no coincidencia de las superficies articulares de la coxofemoral es la evolución que ha hecho pasar al hombre de la marcha cuadrúpeda a la bípeda. La no coincidencia de las superficies articulares puede, por otra parte, ser esgrimida como un argumento en favor del origen cuadrúpedo del hombre.

Todos los músculos enumerados, y en cierta medida el sartorio y el recto interno, participan en la movilidad de la articulación coxofemoral. Los músculos motores distales y más grandes son los principales. El psoas ilíaco en la flexión, el --- glúteo mayor en la extensión, los dos glúteos restantes en la abducción, y los aductores en el movimiento que les ha dado su nombre. Los músculos más pequeños que funcionan como auxiliares en estos movimientos y en la rotación, tienen como -- función primordial la estabilización.

MATERIAL Y METODOS

Para el presente trabajo revisamos 6 casos de luxación traumática de cadera de niño con edades fluctuantes entre 2-15 años, que fueron atendidos y controlados posteriormente en este servicio de Ortopedia Pediátrica de Hospital de -- Traumatología y Ortopedia "Lomas Verdes", entre los años de 1986-1987. Para su estudio se recabaron expedientes, estudios, originales, subsecuentes y recientes, así como se citó a los paciente para una valoración clínica-radiográfica actual. Se valoraron aquellos factores que nos indicaran una posible relación en las complicaciones, como son los mecanismos de producción, si existían o no lesiones asociadas, tipo de luxación, tiempo transcurrido entre la lesión y el tratamiento, tipo de tratamiento, tiempo y tipo de inmovilización y periodo de no apoyo, así como los estudios periódicos radiológicos, y en un caso un estudio especial de T.A.C. para valorar congruencia articular de un paciente con un cuadro de 1 mes de evolución, con una cirugía previa por supuesto cuadro de artritis séptica.

Para clasificar el tipo de luxación utilizamos la clasificación en la cual se nombra la variedad dependiendo hacia donde se dirige la cabeza luxada y consta de tres tipos: Anterior, Posterior y Central, las cuales a su vez se subdividen en variedades. La posterior es Iliaca e Isquiática. La anterior es Pubica, y Obturatriz, la variedad más frecuente es la posterior variedad iliaca(fig # 1, 2).

El tratamiento consistió en reducción cerrada bajo anestesia e inmovilización posterior, la reducción se efectuó por manobra de Bigelow.

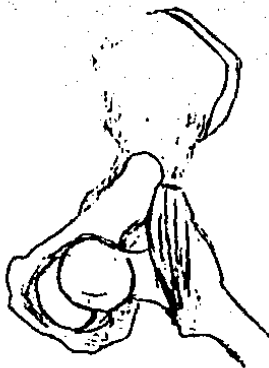


Fig.# I Luxación Anterior

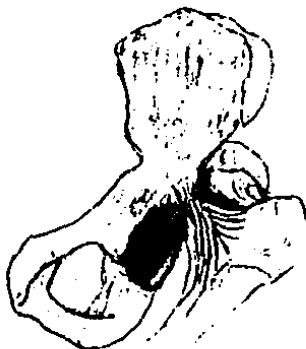


Fig # 2 Luxación Posterior

RESULTADOS (Tabla # I)

El sexo predominante en este trabajo es el masculino con una relacion de 5 . I sobre el femenino.

El rango de edad fluctua entre 2 años y 15 años con un promedio de 7.5 años. El mecanismo de produccion en 3 niños fue con cadera en flexión, aducción, y traumatismo directo en rodilla. Los otros tres pacientes el mecanismo causal fué traumatismo directo sobre cadera. El tiempo transcurrido entre la lesión y el tratamiento en cinco casos fue de menos de 6 hrs, y en un caso fue de 1 mes. El tipo de tratamiento efectuado consistio en reduccion cerrada por maniobras de Bigelow bajo anestesia en 5 casos, en tres casos seguida de colocacion de traccion esquelética durante una semana y posteriormente colocacion de aparato de yeso tipo Spica. Dos pacientes se manejarón con colocación de aparato de yeso tipo Spica despues de la reduccion. Un paciente se manejo mediante reduccion abierta por via anterior, una semana antes se habia efectuado artrotomia posterior por probable artritis septica, posteriormente se efectuó, colocacion de aparato de yeso tipo Spica. La variedad mas frecuente fue la posterior en cinco casos, y una subluxacion en la cual hubo necesidad de efectuar un T.A.C. para concluir su diagnostico final. el tiempo de inmovilizacion fue de 6 semanas en todos los casos, con un inicio parcial y progresivo de la marcha. Lesiones agregadas sola mente un paciente presento fractura de clavícula, y escalpe frontal. El periodo de observacion minimo es de 14 meses y el maximo de 20 meses con un promedio de 17 meses. Los resultados hasta el momento son: clinicos 5 paciente con marcha indolora y con estudios radiograficos normales, un paciente con marcha claudicante con cambios radiograficos sugestivos de necrosis avascular.

CUADRO # I

P A C I E N T E S						
PARAMETROS	Paciente No 1 +	Paciente No 2	Paciente No 3	Paciente No 4 #	Paciente No 5#	Paciente No 6#
Edad	4 a	2 a	6 a	11 a	13 a	15 a
Sexo	Masc.	Masc.	Fem	Masc	Mas	Masc
Mecanismo de Lesion	Contusion Directa	Contusion Directa	Contusion Directa	Flex.Add Contusion	Flex. Cont. Rodilla	Ampliación
Intervalo Terapeutico	30 dias	5Hrs	4Hrs	3hrs	3Hrs	6Hrs
Tipo Tratamiento	Reduccion Abierta	Maniobra Bigelow	Maniobra Bigelow	Maniobra Bigelow	Maniobra de Bigelow	
Tipo de Luxacion	Posterior	Posterior	Posterior	Post.	Post.	Post.
Tratamiento Egreso	Spica	Spica	Spica	Spica	Spica	Spica
Tiempo Inmovilizacion	8 sem	4 sem	4 sem	4 sem	6 sem	6 sem
Diferencial de Apoyo	10 sem	6 sem	4 sem	6 sem	8 sem	8 sem
Tiempo de Seguimiento	18 mes	15 mes	14 mes	20 mes	20 mes	19 mes
Evolucion Clinica	Marcha Antalgica	Buena	Buena	Buena	Buena	Buena
Evolucion Radiologica	Necrosis Avascular	Sin Alter.	Sin Alter.	Alter.	Sin Alter.	Sin Alter.

Paciente que despues de haberse efectuado reduccion se coloca en traccion esquelotica durante 7 dias

+ Paciente con artrotomia posterior previa por probable artritis septica, posteriormente se Dx Subluxacion posterior y se efectuó reduccion abierta por via anterior.

COMPLICACIONES

Un paciente de esta serie de 6 presenta, necrosis avascular como complicación de luxación traumática de cadera por lo que se presenta su caso.

Masculino de 4 años de edad que inicia padecimiento el día 08-06-86, al sufrir caída de una escalera lo que le condiciona traumatismo directo sobre cadera izquierda, condicionandole dolor y limitación funcional por lo que es visto por médico general el cual lo maneja sintomaticamente, posteriormente - presenta aumento de temperatura por lo que es visto en el servicio de urgencias de Hospital Traumatología y Ortopedia "Lomas Verdes" donde previa valoración clinicoradiológica se Dx artritis séptica, efectuándose artrotomía posterior, no encontrando datos sugestivos de infección. Internándose al - servicio de Ortopedia Pediátrica donde se valora nuevamente encontrándose aumento de espacio articular, por lo que se decide efectuar T.A.C. lo cual corrobora el Dx de subluxación posterior, efectuándose tratamiento quirúrgico consistente en reducción abierta por vía anterior, encontrándose en el trayecto operatorio Fr. techo acetabular, así como interposición de sinovial y capsula. Paciente que se inmoviliza mediante aparato de yeso tipo Spica durante 6 semanas posteriormente se continúa control en la CE. Al iniciar apoyo refiere dolor posteriormente a los 12 meses de haber efectuado tratamiento se valora nuevamente. Encontrándose persistencia de dolor en cadera izquierda y radiográficamente se encuentra aumento de la densidad radiográfica de hueso cefálico, alteraciones en la congruencia articular, y aplanamiento de polo superior de cabeza femoral, por lo que se concluye con el Dx de necrosis avascular posttraumática de cabeza femoral izquierda por lo que inicia tratamiento mediante aparato de descarga isquiática en

abduccion, y reposo en cama el mayor tiempo posible asi como controles periodicos de Rx para evaluar evolucion para fines terapeuticos y pronosticos.

Paciente que debido a el tiempo transcurrido entre la lesión y el tratamiento, y al tipo de tratamiento efectuado, condicionaron esta complicacion, la cual se debe mantener en observacion hasta terminado su crecimiento, para valoracion de secuelas.

COMENTARIOS

El predominio del sexo masculino en este estudio se debió a que tres pacientes son adolescentes en los que el traumatismo es de igual intensidad que los adultos, en los cuales hay predominio del sexo masculino. En cuanto al rango de edad es importante debido a que es diferente el mecanismo de producción de la luxación, así como la intensidad del traumatismo, el mecanismo de producción en los niños de menor edad es de menor intensidad, en el adolescente debido que no solo la anatomía es similar a la de el adulto, sino también están expuestos a traumatismos más severos, tales como accidentes automovilísticos, actividades de trabajo, esto se corrobora en este estudio al analizar el mecanismo de producción por grupos de edad en los niños, no existen diferencias anatómicas en cuanto a los medios de contención que las caderas tienen, sin embargo resulta obvio señalar que el niño se luxa las caderas con traumatismos leves. De los casos reportados solamente uno presentó lesiones asociadas en otro segmento corporal esto es importante, debido a que lesiones en la misma cadera tales como, deslizamiento epifisario proximal y fractura del extremo proximal del fémur condicionan mayores probabilidades de complicaciones principalmente necrosis avascular. El tratamiento efectuado oportunamente además de ofrecer menos dificultades técnicas, brinda mejor pronóstico a la inversa de un tratamiento tardío que técnicamente es más difícil y brinda un pronóstico más sombrío. El tipo de luxación más frecuente es el posterior este no influye en el pronóstico. El tratamiento debe efectuarse mediante maniobras gentiles y comprendiendo una inmovilización adecuada durante un periodo de 6 semanas tiempo suficiente que tardan los tejidos blandos en sanar.

El tiempo comprendido entre el retiro de inmovilización e inicio de apoyo no repercute en el pronóstico respecto a la mayor incidencia de necrosis avascular. El apoyo debe ser parcial progresivo y en caso de presentar dolor, está indicado el reposo en cama. El periodo mínimo en que aparecen los datos radiológicos de necrosis avascular es de 2 meses aunque normalmente aparecen hasta el año, es el motivo que en este estudio se incluyera pacientes con un mínimo de 14 meses de evolución. Para determinar que una cadera está libre de complicaciones se requiere de un periodo mínimo de 3 años de valoración clinicoradiológica normal. Aunque los cambios artrosicos en las radiografías tardan en aparecer hasta 10 años. Una vez diagnosticada la necrosis avascular como complicación de una luxación traumática de cadera debe ser tratada como una enfermedad de Legg-Calve-Perthes mediante reposo y aparato de descarga en abducción. El objetivo primordial de este tratamiento es acelerar la evolución y prevenir las secuelas para permitir una normal actividad.

La puesta en descarga intenta suprimir o disminuir las presiones intraarticulares mediante el paro de la actividad obtenida con la ayuda de una puesta en abducción de 45° de la extremidad, para colocar el núcleo cefálico en una posición perfectamente cubierta por el cotilo.

La tracción continua temporal, al principio de la evolución permite ablandar la articulación suprimiendo las contracturas antiálgicas iniciales, encontrando de nuevo una plena movilidad.

CONCLUSIONES

En los niños, la luxación traumática de la cadera es una patología poco común que difiere en ciertos sentidos con respecto a la misma lesión en adultos. En los menores de 6 años la cadera se luxa fácilmente por influencia de traumatismos leves. Como regla estas luxaciones se reducen con facilidad y, salvo raros casos, no dejan secuelas aunque la reducción sea tardía.

Los niños mayores necesitan un traumatismo más importante para que la cadera se luxa y, por lo general, un porcentaje significativo queda con algún compromiso permanente en la cadera. Si la reducción se demora más de 24 hrs o se requiere reducción a cielo abierto cabe esperar ciertas complicaciones. Habrá que delinear brevemente varios principios terapéuticos. Primero la reducción debe hacerse cuanto antes después del traumatismo. Por lo general se requiere anestesia general, excepto en niños muy pequeños, y la tracción simple suele bastar para obtener la reducción. Después de la reducción conviene prohibir la sustentación por el término de un mes en niños pequeños. Después de los 6 años hay que aumentar este período hasta 6 semanas como mínimo y, si los síntomas dolorosos persisten, se prolongara más todavía. El procedimiento posterior a la reducción podrá consistir en yeso o tracción y ser de breve duración, según el grado de dolor y espasmo y la capacidad del niño para colaborar. Si se lo vigila con atención mediante exámenes clínicos y radiológicos la mayoría de las complicaciones se captan en el momento que se inician. Cuando ocurren hay que procurarles una protección más prolongada. En el raro caso que la reducción manual es inefectiva, se indica reducción suave a cielo abierto mediante abordaje posterior.

ESTA
SALIR DE
TESIS
NO
BIBLIOTECA

La complicación más frecuentemente observada en la luxación traumática de cadera en niños es la necrosis avascular de la cabeza femoral. Esta como complicación frecuente en el adulto tiene una mínima expresión en el niño y alcanza una frecuencia de un 10%.

Las principales causas que la predisponen son: un retardo en la reducción, lesiones asociadas, y tipo de tratamiento efectuado.

La necrosis avascular de la cabeza femoral no es una entidad nosológica, sino el resultante terminal común de muchos estados distintos, todos los cuales conducirán a un trastorno en el aporte sanguíneo de la cabeza femoral.

El diagnóstico suele basarse en el cuadro radiológico característico y se confirma mediante los datos clínicos y de laboratorio.

El objetivo del tratamiento es acelerar la evolución y prevenir las secuelas. El tratamiento es básicamente el mismo que para el Legg-Calve-Perthes.

BIBLIOGRAFIA

- 1.- Barquet A. Traumatic Hip Dislocation in Childhood
Injury 13:435 1982
- 2.- Barquet A. Traumatic Hip Dislocation in Childhood
report of 26 cases
J. Trauma 20:1003 1980
- 3.- Bouchet A. y Guilleret J. Anatomia Descriptiva
Topografica y Funcional
Panamericana pags 9-33 1984 Buenos Aires
- 4.- Campbell's Operative Orthopaedics
Mosby Company pags 850-862 1987
St Louis
- 5.- De Palma Tratamiento de Fracturas y Luxaciones
Panamericana pags 1192-1195 1984
Buenos Aires
- 6.- Lockhart R.D. Hamilton G.F. Fyfe F.W. Anatomia Humana
Interamericana pags 113-115 1965
Mexico D.F.
- 7.- Kapandji I.A. Cuadernos Fisiologia Articular
Toray-Manson Pags 9-62 1980
Barcelona
- 8.- Pearson D.E. and Haax R.J. Traumatic Hip Dislocation
in Children
Clin Orth. 116:129 1973
- 9.- Pous Jean Gabriel Caderra en Crecimiento
Interamericana Pags 15-30 1982
Madrid

- 10.- Tachdjian H.O. Ortopedia Pediatrica
Interamericana page 974 -99I 1984
Madrid
- 11.- Tronzo R.J. Cirugia de Cadera
Panamericana Page 512-519 1980
Buenos Aires
- 12.- Trueta J. The Normal Vascular Anatomy of the Human
Femoral Head During Growth
J. Bone and Joint Surg. 398:358
May: 1957
- 13.- Trueta J. La Estructura del Cuerpo Humano. Vasculari-
zacion de la Cabeza Femoral
Labert S.A. I69 1975
Barcelona
- 14.- Sarmiento A. and Laird Recurrent Hip Dislocation in
Children
Clin. Orthe. 90:107 1973
- 15.- Schlensky J. and Miller P.R. Traumatic Hip Dislocation
in Children
J. Bone and Joint Surg. 55A: 1057 1973